

西尾市風しん抗体検査及び予防接種助成事業申請書兼請求書

記入例

(死元) 西尾市長

提出日を記入 →

年 月 日

住所

氏名

電話

申請者

(検査・接種を受けた方)

検査・接種を受けた方の
提出時の住所・氏名

風しん抗体検査及び予防接種費用を請求します。なお、西尾市長が本請求に係る事務に必要な住民基本台帳等の閲覧を承諾します。

検査・ 接種を 受けた方	住所	西尾市 熊味町小松島32番地			
	フリガナ	ニシオ ハナコ		性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
	氏名	西尾 花子			
	生年月日	平成 2 年 3 月 4 日 (31 歳)			
	該当要件 <small>(該当するところに○を付けてください。)</small>	1. 愛知県抗体検査事業の助成を受けた女性 <input checked="" type="radio"/> 2. 妊娠を予定/希望する女性 (1.に該当する方を除く) 3. 妊娠を予定/希望する女性の夫 4. 妊娠を予定/希望する女性の同居 5. 妊娠中の女性の夫 6. 妊娠中の女性の同居の家族			
	妊娠の有無	あなたは、妊娠中の女性ですか。	はい	・ <input checked="" type="radio"/> いいえ	
	風しん罹患 歴の有無	あなたは、風しんにかかったことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> はい	・ いいえ	
区分	<input checked="" type="radio"/> 一般 ・ 非課税世帯 ・ 生活保護世帯 ・ その他				
振込先	金融機関名	銀行 西尾 信用金庫 西尾支 店 農協			
	フリガナ	ニシオ ハナコ			
	口座名義人 (申請者と同一)	西尾 花子			
口座番号	1234567				

風しんにかかったことがある方は助成できません。

該当区分を○で
囲んでください。

市記入欄

○検査・接種明細			
	抗体検査費	予防接種費	受付印
検査・接種場所			
検査・接種年月日			
支払金額			
請求額			
添付書類	領収書、抗体検査の結果	領収書、予診票の写し、 抗体検査の結果	
○市処理欄		○本人確認	
決定年月日		1点	免許証・パスポート・個人カード 住基カード・身障手帳・在留カード
支給決定額		2点	保険証・年金手帳・その他 ()